Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o naborze

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

W związku z przystąpieniem do projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej
w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych:

***Ja niżej podpisana/-ny,* ………………………………………………………;**

***zamieszkała/-ły* ………………………………………...; *PESEL* ………………………...**

 (miejscowość, ulica)

1. deklaruję udział w projekcie pn. „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, nr POWR.05.03.00-00-0004/15 i tym samym zobowiązuję się do uczestnictwa w Lokalnych Zawodach Symulacji Medycznej „B.I.S. – Bydgoskie Igrzyska Symulacji” organizowanych przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum
w Bydgoszczy;
2. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału
we wskazanym projekcie tj.:
3. posiadam status studenta/-ki na kierunku lekarskim/pielęgniarstwo/położnictwo/ratownictwo medyczne w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy;
4. jestem studentem/studentką …….. roku ………. stopnia;
5. zobowiązuję się do przekazania Zespołowi Projektowemu, w terminie do 4 tygodni
po zakończeniu udziału w projekcie, informacji dotyczącej mojego statusu na rynku pracy;
6. zostałam/-em poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
7. zostałam/-em pouczona/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń
i potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą;
8. Zapoznałam/-em się i akceptuję Regulamin Lokalnych Zawodów Symulacji Medycznej.

…..………………………… …………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA LOKALNYCH ZAWODÓW SYMULACJI MEDYCZNEJ O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

 W związku z moim udziałem w lokalnych zawodach symulacji medycznej w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć i nagrań z moim udziałem oraz na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl), fanpagu Centrum Symulacji Medycznych CM UMK na portalu społecznościowym facebook oraz wykorzystane
w materiałach promocyjnych.

…..………………………… …………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU